

Repenser l'hôpital – l'exemple de la réforme de l'hôpital fribourgeois

Pauline de Vos Bolay^a,
Bernard Vermeulen^b

a Ancienne directrice générale
de l'hôpital fribourgeois

b Prof., Directeur médical HFR

Hôpital en crise, hôpital en mutation?

Après des décennies d'hospitalo-centrisme, lors desquelles tout convergeait vers un lieu où le séjour était long et marqué par l'empreinte d'une science prudente et d'une société qui plaçait attentes et confiance dans l'hôpital, ce dernier sous pression des nouvelles exigences de qualité et des pressions financières est appelé à se réformer en profondeur.

Les progrès quotidiens de la science et de la technologie ont profondément modifié les processus diagnostiques et les traitements favorisant des prises en charge moins invasives, plus rapides. L'hôpital est désormais réduit à être un élément de la trajectoire de soins.

L'hôpital est prisonnier de ses modèles médico-scientifiques qu'il subit plus qu'il ne dicte, mais est amené à suivre l'évolution de la société et des technologies: il accueille les patients sans médecin de famille, reste le lieu de tous les espoirs de guérison et intègre dans son fonctionnement les nouveaux outils et nouvelles techniques que sollicitent tant ses experts que les patients.

La situation de l'HFR

En tant qu'hôpital public et multi-sites, l'hôpital fribourgeois (HFR) répond aux besoins d'une population d'environ 300 000 habitants de langues française et allemande. Ses 3 000 collaborateurs (2 200 EPT) prennent en charge des patients occupant environ 600 lits, ainsi que quelques 70 000 consultations ambulatoires en 2012. Toutes les spécialisations sont présentes, à l'exception de celles attribuées aux centres universitaires dans le cadre de la répartition de la médecine hautement spécialisée.

Fruit d'une configuration historique émanant des hôpitaux de district, trois des six sites disposent de services de chirurgie, d'orthopédie et de médecine, ainsi que de blocs opératoires, et quatre des six sites disposent d'un service de médecine aiguë. Deux sites fournissent des soins de réadaptation/réhabilitation, de gériatrie et palliatifs. Chaque site fonctionne de façon autonome, avec une répartition des spécialités variable, bien qu'il doive intégrer l'entreprise HFR sous direction unique depuis 2007.

La crise financière

L'année 2012 représente un tournant dans les affaires de l'HFR, tant il est vrai que la réforme de la LAMal relative au nouveau financement hospitalier, introduisant les forfaits par cas et l'achat des prestations par

Die Reform des Freiburger Spitals HFR

Am 1. Januar 2012 wurde in der Schweiz die Neue Spitalfinanzierung eingeführt. Im Hinblick auf diesen neuen Finanzierungsmodus hat der Freiburger Grosse Rat im November 2011 das neue Gesetz über das Freiburger Spital verabschiedet, das diesem eine grössere Autonomie im Management zubilligt. Es erlegt ihm aber auch Zwänge auf, wie die Verpflichtung, sein globales kumuliertes Defizit auf 3% zu begrenzen. Bereits bei der Erstellung des Budgets 2012 wurde ein höheres Defizit identifiziert. Die Generaldirektion des Spitals musste folglich reagieren, indem sie seine Organisationsstruktur und seine Funktionsweise anpasste und eine Langzeitstrategie entwickelte, um den Herausforderungen der neuen Spitalfinanzierung Rechnung zu tragen. Eine Strategie 2013–2022 wurde mit Hilfe einer externen Consultingfirma erarbeitet. Im Mai 2013 stellte der Verwaltungsrat die Strategie dem Staatsrat vor, der diese guthiess. Dieser Artikel zeichnet die Überlegungen nach, die dem Vorgehen und den getroffenen Massnahmen zugrunde liegen.

l'Etat et les assurances maladie sur base de pourcentages prédéfinis, a mis à mal son équilibre financier. Ce qui était encore possible tant que l'Etat couvrait les déficits budgétaires par biais d'enveloppes de financement, ne l'est plus dans cette nouvelle configuration de financement des prestations, qui a mis au jour une lacune de financement équivalent à 15% de son budget de fonctionnement. Dès lors, les premières priorités devaient porter sur l'assainissement de la situation financière.

Les raisons de ce déficit sont à mettre au compte de divers facteurs: le manque d'expérience avec un système de rémunération basé sur des forfaits, induisant un besoin d'attention particulière à l'utilisation des ressources, représente certainement un facteur important. A lui s'ajoute la multiplicité de sites offrant des prestations identiques, une densité en ressources humaines importante, des salaires supérieurs à la

Correspondance:
Pauline de Vos Bolay
Chemin Jacques-André
Baraban 28
CH-1256 Troinex
Tél. 022 784 45 74
pauline.devos[at]yahoo.fr

moyenne suisse de la branche, et un endettement venant alourdir encore quelque peu plus les charges annuelles. Globalement, l'HFR dispose d'une surcapacité structurelle dans l'offre des soins hospitaliers. Et la population n'hésite plus à rechercher ailleurs les réponses à ses besoins de santé si la qualité laisse à désirer.

En comparaison suisse, l'HFR manque d'efficience [1], et l'apport de l'Etat a été essentiel à sa survie financière. Le corollaire est une situation fragilisée lors des négociations tarifaires, encore accentuée par les prises de position périlleuses de la Surveillance des prix.

Ces premières mesures ont suscité leur lot de réactions, teintées de régionalisme et d'émotions.

Recherche d'efficience

La réalité financière de l'HFR est donc que les tarifs fixés pour la rémunération de ses prestations ne couvrent pas les coûts. Les réponses à cette réalité sont somme toute assez simples: il s'agit de mieux utiliser les ressources. C'est dans ce contexte que l'HFR a débuté ses réformes, sachant qu'une augmentation du volume d'activité n'est pas prévue autrement qu'en lien avec l'augmentation naturelle de la population et des maladies.

La recherche d'efficience a tout naturellement débouché sur une analyse fine par service: analyse des volumes, des durées de séjour, des taux d'occupation. Analyse de l'organisation en place, de la répartition des responsabilités, des interactions entre les différents maillons de la chaîne de soins. Ceci a permis de dégager les premières pistes d'économie:

- fermeture du site de Châtel-St-Denis et transfert de ses activités vers d'autres sites, solution rendue possible du fait d'une occupation sous-optimale du site de Riaz,
- fermeture de nuit et de week-end des blocs opératoires du site de Tafers, solution dictée par une activité opératoire très faible durant ces tranches horaires,
- concentration des lits de soins continus sur le site de Fribourg, permettant une utilisation plus efficiente de ressources spécialisées,
- fermeture de lits inoccupés dans divers services, permettant un redéploiement de ressources vers d'autres services en surcharge,
- concentration de la gynécologie stationnaire sur le site de Fribourg, dictée par un volume d'activité et des ressources insuffisantes pour le maintien de cette activité sur deux sites.

Ces premières mesures, mises en œuvre dès septembre 2012, ont suscité leur lot de réactions, teintées de régionalisme et d'émotions. L'année 2012 a été

celle du record des instruments parlementaires utilisés en matière de politique sanitaire fribourgeoise. Fin 2012, l'ensemble des premières mesures d'économie étaient toutefois opérationnelles. Certaines d'entre elles sont même considérées aujourd'hui, avec le recul, comme apportant une plus-value indéniable au bien-être des patients et au quotidien des collaborateurs. Somme toute, le temps fait son œuvre. Il faut expliquer encore et encore, motiver ses décisions, accepter que le deuil d'un passé qui ne reviendra pas peut prendre un peu de temps et d'énergie. L'ensemble des prestations reste préservé, mais l'organisation évolue.

Discussions: la stratégie à long terme

Le Conseil de direction de l'HFR s'est efforcé d'inscrire ses travaux dans une perspective à long terme, apportant du sens aux diverses actions et propositions pour l'hôpital. Cela a débuté par une remise à plat de la mission, de la vision et des valeurs de l'HFR, de sorte à fédérer les collaboratrices et collaborateurs autour des mêmes concepts et mêmes projets pour l'entreprise. Ce travail, qui peut a priori être considéré comme abstrait, revêt une importance capitale. Il s'agit de donner du sens aux actions et aux projets, et de permettre à tout un chacun de s'identifier en tout temps avec la ligne proposée pour l'HFR. Puis, mandaté en cela par le Conseil d'administration, le Conseil de direction s'est attelé à poser un projet de stratégie à long terme. En effet, il était assez évident à comprendre que sans changements structurels importants, les chances de survie de l'HFR en tant qu'hôpital central d'importance et de référence étaient limitées, pour ne pas dire quasi nulles.



Une meilleure répartition de l'activité chirurgicale entre les trois sites était indispensable pour améliorer l'efficience.

La simple annonce de cette réflexion a suscité, elle aussi, son lot de réactions. Le régionalisme a refait surface, tout comme l'enjeu du bilinguisme, sans oublier les prises de position partisans. Chacun défendant son pré carré, oubliant en cela la dangerosité de rester immobile alors que la société, la médecine, les technologies et les mentalités évoluent.

L'alternative eut-elle dû être de ne pas annoncer cette réflexion, et de la mener en vase clos? Nous ne le croyons pas. Il y a évidemment un risque à dire ce que l'on fait: on vous soupçonne d'exercices alibi, voire l'on tente de torpiller les efforts en cours.

Il y a également un risque, mais surtout une énorme opportunité, à partager et à faire progresser une réflexion collective et sur une longue durée, en y incluant notamment les médecins-chefs de service de l'HFR, ses cadres soignants, administratifs et techniques. Ce pari, même s'il a complexifié la démarche de construction intellectuelle, a donné une légitimité et une adhésion beaucoup plus fortes au résultat. Chaque spécialité a réfléchi à son propre avenir, et s'est projeté du point de vue des techniques et types de prises en charge. L'addition de ces réflexions a permis de construire un projet médical cohérent. Ce projet médical a ensuite pu être traduit en projet organisationnel et architectural.

Quelques cautèles ont en permanence été rappelées:

- l'incertitude liée à un projet d'une telle envergure, nécessitant une part de flexibilité et d'adaptabilité: le projet architectural y répond par sa modularité,
- la nécessité d'être clair dans ses ambitions, et de ne pas brader l'un ou l'autre des aspects du projet pour des motifs subjectifs.

Deux possibilités méthodologiques étaient à disposition de la direction de l'HFR pour avancer dans la réflexion. Une analyse de type audit par un organisme spécialisé permettant de faire un état objectif des lieux avant de réfléchir au futur ou une approche plus systémique; sauter l'obstacle du «Ist-Zustand» en proposant un modèle parfaitement identifiable intégrant également les constats d'autres hôpitaux. C'est cette deuxième option qui a été choisie. Soutenue par des professionnels de l'économie de la santé, une consultation interne des décideurs médicaux a été lancée en vue d'identifier ensemble les besoins de demain. Cette collaboration a rapidement débouché sur des synergies passionnantes permettant de dépasser régionalisme ou territoire de pouvoir.

Le résultat de ce travail est désormais disponible [2]. La stratégie a été votée par le Conseil d'administration, est soutenue par le Conseil d'Etat et par la Commission de planification sanitaire, et a été présentée à l'ensemble des partenaires et groupes politiques du canton de Fribourg. Le Grand Conseil en a pris acte en juin 2013. Cette stratégie sera toutefois mesurée à l'aune des instruments parlementaires

déposés il y a une année, et plus particulièrement une initiative populaire demandant le maintien du «tout partout». Gageons que les efforts de communication et d'explication suffiront à faire admettre le bien-fondé des axes proposés, et à rassurer sur les réponses proposées aux demandes de la population.

La stratégie propose une concentration des soins aigus chirurgicaux nécessitant une hospitalisation sur un seul site, et l'organisation des hôpitaux périphériques en tant qu'hôpitaux offrant des soins de médecine de proximité tout comme des soins d'urgence.

Cette stratégie répond à un besoin de meilleure efficacité financière, certes. Tout aussi lourd dans ce choix pèse le défi du recrutement du personnel médical et soignant. La densité médicale dans le canton de Fribourg est faible, et le volume d'activité n'est pas suffisant dans toutes les spécialités; l'attractivité pour les jeunes médecins en formation n'est pas optimale dans tous les services. Ceci représente un risque majeur, par ailleurs rencontré par bon nombre d'autres hôpitaux non universitaires.

Quel hôpital pour demain ?

L'hôpital, et plus particulièrement l'hôpital public, sera toujours confronté au besoin d'une prise en charge des malades fragiles, marginalisés, dépendants. Il est également confronté à une population consommatrice de soins, qui exige un résultat que la médecine ne peut pas lui promettre. Le patient exige un service à la hauteur des moyens qu'il investit par le biais des impôts, des primes d'assurance maladie et des contributions directes. Cette population consommatrice de soins, qui comprend également les personnes du troisième âge de plus en plus férues en utilisation de techniques de communication, est également demandeuse de soins rapides et peu invasifs. Les prises en charge ambulatoires sont amenées à se développer de plus en plus, positionnant l'hôpital comme un simple maillon de la chaîne des soins.

De l'hospitalo-centrisme, on passe au réseau et aux interactions entre les différents prestataires de soins. Tout ne peut plus être fait partout. Force est de constater que les différents acteurs peinent à intégrer et anticiper le futur des régions sanitaires. La sécurité sanitaire de demain viendra de la capacité des acteurs d'aujourd'hui à anticiper dans la formation les nouveaux outils de soins et de gestion pour prendre des décisions en situations complexes.

Références

- 1 Prof. Dr Reto Schleiniger, Haute école zurichoise des sciences appliquées. Présentation des résultats du rapport final «Quantités et prix des prestations de l'assurance obligatoire des soins»: conférence de presse de santé suisse, avril 2013.
- 2 Stratégie 2013-2022 de l'hôpital fribourgeois: www.fr.ch/dsas/fr/pub/actualites.cfm?fuseaction_pre=Detail&NewsID=44187